

SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Indique si usted o alguna de las personas que está solicitando con usted recibe dinero de:	SÍ	NO	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)	¿QUIÉN?	MONTO BRUTO	PERÍODO (semana, mes, etc.)
Ingreso por trabajo (incluidos sueldos/salarios, horas extras, comisiones, programas de capacitación, propinas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ingreso neto por trabajo por cuenta propia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pagos de manutención infantil (recibidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pagos de pensión alimenticia/apoyo conyugal (recibidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Beneficios del Seguro de Desempleo, Compensación Laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Beneficios del Seguro Social (incluido SSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Beneficios por discapacidad (Estado de NY, VA, privado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Ingresos por alquiler/huésped/inquilino (recibidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Intereses/dividendos de acciones, bonos, ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Pensiones o renta vitalicia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Subvención de Asistencia Pública (PA), Beneficios de la Red de Seguridad (<i>Safety Net</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Otro (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

SECCIÓN 8. TIEMPO DE VIAJE DESDE LA UBICACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL AL LUGAR DE TRABAJO/ACTIVIDAD EDUCATIVA U OTRA APROBADA.

DESPUÉS DE DEJAR AL NIÑO	Tiempo de viaje desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil al trabajo/actividad		¿Transporte público? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
RECOGIDA	Tiempo de viaje desde el trabajo/actividad a la ubicación del proveedor de cuidado infantil		¿Transporte público? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN 9. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	NOMBRES DE LOS NIÑOS	¿YA ESTÁN INSCRITOS?
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

SECCIÓN 10. INFORMACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO. Ingrese los nombres de todos los niños inscritos en la escuela

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA	NOMBRES DE LOS NIÑOS	HORAS DE ASISTENCIA	
		HORA DE INICIO	HORA DE FINALIZACIÓN

SECCIÓN 11. AVISOS. LEA LOS SIGUIENTES CONSENTIMIENTOS Y CERTIFICACIONES IMPORTANTES.

INFORME DE CAMBIOS: Entiendo que al firmar esta solicitud estoy de acuerdo en informar a la agencia **inmediatamente** sobre cualquier cambio en mis necesidades, ingresos, arreglo de vivienda o dirección, a mi leal saber y entender. Acuerdo informar a la agencia inmediatamente sobre cualquier cambio en la organización del cuidado infantil, incluidos el lugar donde se presta dicho servicio, la persona que lo presta, la tarifa del proveedor y los horarios en los que se necesita el cuidado infantil.

JURISDICCIÓN: Entiendo que si me mudo fuera del distrito de origen que autorizó mi elegibilidad para recibir Asistencia para Cuidado Infantil, la información sobre mí, mi(s) hijo(s) y cualquier otra persona que resida en mi hogar puede divulgarse a cualquier distrito local al que me mude dentro del Estado de Nueva York. Al firmar esta solicitud, autorizo la divulgación de la información en el archivo de mi caso de cuidado infantil al nuevo distrito al que me mudo, para continuar con mi elegibilidad.

SANCIONES: Las leyes federales y estatales prevén sanciones, incluso multas, prisión o ambas, si no dice la verdad al solicitar Asistencia para Cuidado Infantil o en cualquier momento que le pregunten acerca de su elegibilidad, o si usted hace que otra persona mienta sobre su solicitud o su elegibilidad continua. Las sanciones también se aplican si oculta o no manifiesta hechos relacionados con su elegibilidad inicial o continua para recibir la Asistencia para Cuidado Infantil; o si oculta o no manifiesta hechos que afectarían los derechos de alguien para quien usted ha solicitado la obtención o la continuación de la Asistencia para Cuidado Infantil. Si usted es el representante autorizado que presenta la solicitud en nombre de alguien más, la Asistencia para Cuidado Infantil debe utilizarse para esa persona, no para usted mismo. Es ilegal obtener Asistencia para Cuidado Infantil por ocultar información o proporcionar información falsa.

CIUDADANÍA: Entiendo que al firmar este formulario de solicitud certifico, bajo pena de falso testimonio, que todos los niños que necesitan Asistencia para Cuidado Infantil son ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos o son personas que tienen estado inmigratorio satisfactorio. Entiendo que esta información solo será compartida para hacer decisiones relativas al programa de Asistencia para Cuidado Infantil, y que el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de los Estados Unidos puede ser contactado si se necesita más información para verificar el estado inmigratorio de los niños.

CONSENTIMIENTO PARA LA INVESTIGACIÓN: Entiendo que al firmar este formulario de solicitud, acepto colaborar plenamente con todas las investigaciones que se realicen para verificar o confirmar la información que he proporcionado o cualquier otra investigación relacionada con mi solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil. Proporcionaré la información adicional que me soliciten.

RECURSOS: Certifico que los recursos de mi familia no son superiores a \$1,000,000. Los recursos incluyen, pero no se limitan a, efectivo, cuentas bancarias, bienes raíces, acciones, bonos, fondos mutuos, IRAs, cuentas de 401(k), seguro de vida, cuentas fiduciarias, anualidades, fondos/espacios de entierro.

NO DISCRIMINACIÓN: La presente solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, identificación de género, orientación sexual, discapacidad, religión, credo, nacionalidad, creencias políticas o cualquier otro factor prohibido por la ley.

SECCIÓN 12. CERTIFICACIÓN Y FIRMA

CERTIFICACIÓN: Juro y/o afirmo, bajo pena de falso testimonio, que toda la información que he proporcionado o que proporcionaré al departamento de servicios sociales local en relación con la Asistencia para Cuidado Infantil es correcta. Leí y entiendo los avisos anteriores. Entiendo y estoy de acuerdo con los consentimientos.

FIRMA DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE X	FECHA DE LA FIRMA / /	FIRMA DEL SEGUNDO SOLICITANTE X	FECHA DE LA FIRMA / /
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:		NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:	

ENVIAR SU SOLICITUD A: EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES LOCAL (LDSS) DEL CONDADO EN EL QUE VIVE.

FOR AGENCY USE ONLY:

CASE NAME	CASE #	REGISTRY #	VERSION #	REUSE INDICATOR <input type="checkbox"/>	DISTRICT:	DATE / /
SERVICES TRANS TYPE: <input type="checkbox"/> New Open <input type="checkbox"/> Reopen <input type="checkbox"/> Recert				Disposition: <input type="checkbox"/> Denial	Reason Code	<input type="checkbox"/> Withdrawal
ELIGIBILITY DETERMINED BY			DATE / /	ELIGIBILITY APPROVED BY		DATE / /
CHILD CARE AUTHORIZATION FROM DATE / /	CHILD CARE AUTHORIZATION TO DATE / /		COMMENTS:			
L1 CIN:	L4 CIN:	L7 CIN:				
L2 CIN:	L5 CIN:	L8 CIN:				
3 CIN:	L6 CIN:	L9 CIN:				



Formulario de registro de votantes en una agencia del estado de Nueva York

“Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿quisiera presentar la solicitud para registrarse aquí hoy?”

YES Si marcó **SÍ**, complete la **SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE** de abajo

NO porque opté por no registrarme **O**

Ya estoy registrado para votar en mi dirección actual **O**

Solicité y recibí un formulario de registro por correo

Si no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en este momento.

Firma _____ Fecha / /

Escriba su nombre en letra de molde _____

¡Importante!
Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le dará esta agencia.
Si lo necesita, lo ayudaremos a completar el formulario de solicitud de registro como votante. Es su decisión pedir o aceptar ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado.
Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683
中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683
한국어: 한국어 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.
যদি আপনাকে এই ফর্মটি ইংরেজীতে পূরণ করতে চায় 1-800-367-8683 টিফোন করে পড়ুন।

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE (instrucciones al dorso)

Sí, necesito solicitar una Boleta para votantes ausentes **Escriba en letra de molde o a máquina con tinta azul o Negra** Sí, quisiera trabajar en una mesa electoral el día de las elecciones

1	¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si su respuesta es NO , no complete este formulario.		2 A) ¿Tendrá 18 años el día de las elecciones o antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO B) ¿Tiene al menos 16 años y entiende que debe tener 18 años el día de las elecciones o antes para votar y que, hasta que tenga 18 años al momento de dichas elecciones, su registro dirá “pendiente” y no podrá emitir ningún voto en ninguna elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, no puede registrarse para votar.		For Board Use Only		
	3	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre		Sufijo	
4	Dirección donde vive (no proporcione un apartado postal)		N.º de apto.	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código Postal	Condado	
5	Dirección donde recibe la correspondencia (si es diferente de la anterior)		P.O. Box, Star Route, etc.		Oficina de correos	Código postal	
6	Fecha de nacimiento	7	Sexo (opcional)	8	Teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)	
10	Año en que votó por última vez	Su domicilio era (indique número de casa, calle y ciudad)				9	Número de identificación (marque la casilla que corresponda e indique su número) <input type="checkbox"/> Número del DMV del estado de Nueva York <input type="checkbox"/> Últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social <input type="checkbox"/> No tengo un número del DMV ni de Seguridad Social del estado de Nueva York
	En el condado/estado	Con el nombre (si es diferente de su nombre actual)					
11	Partido político Deseo afiliarme a un Partido político <input type="checkbox"/> Partido Demócrata <input type="checkbox"/> Partido Republicano <input type="checkbox"/> Partido Conservador <input type="checkbox"/> Partido de Familias Trabajadoras <input type="checkbox"/> Otro _____ No quiero afiliarme a ningún partido político y deseo ser un votante <input type="checkbox"/> Ningun partido					12	Declaración jurada: Juro o declare que • soy ciudadano de los Estados Unidos; • habré residido en el condado, en la ciudad o en la aldea durante, al menos, 30 días antes de las elecciones; • cumpliré con todos los requisitos para registrarme para votar en el estado de Nueva York; • la firma o la marca que aparece abajo es de mi puño y letra; • la información anterior es verdadera. Entiendo que, de no serlo, me pueden condenar y multar con hasta \$5,000 o encarcelar por hasta cuatro años.
	Firma _____						Fecha _____

(Opcional) Inscríbase para donar sus órganos y tejidos

Apellido		
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Dirección		
N.º de apto.	Ciudad/Pueblo/Aldea	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Color de ojos	Estatura pies _____ pulgadas _____	
Correo electrónico	Número del DMV o de id. de NYC	

Con su firma abajo, usted certifica que:

- tiene 16 años o más;
- otorga su consentimiento para donar todos sus órganos y tejidos para trasplantes, investigación o ambos;
- autoriza a la Junta Electoral a dar su nombre e información de identificación al Registro Donate Life™ del estado de Nueva York para que lo inscriban;
- autoriza al Registro a permitir el acceso a esta información a las organizaciones de obtención de órganos reguladas por el gobierno federal, a los bancos de tejidos y ojos con licencia del estado de Nueva York y a otros hospitales autorizados por el comisionado de Salud del estado de Nueva York en caso de que usted fallezca.



Firma _____ Fecha / /

Calificaciones para el registro

Puede usar este formulario para:

- inscribirse para votar en el estado de Nueva York;
- cambiar su nombre o dirección si hubo algún cambio desde la última vez que votó;
- afiliarse a un partido político o cambiar su afiliación;
- registrarse previamente para votar si tiene 16 o 17 años.

Para registrarse, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ser ciudadano de los EE. UU.;
- tener 18 años (puede registrarse previamente a los 16 o 17 años, pero no puede votar hasta que tenga 18);
- ser residente del condado o de la ciudad de Nueva York durante, al menos, 30 días antes de las elecciones;
- no estar en prisión condenado por un delito grave;
- no ejercer el derecho a votar en otro lugar; y
- no haber sido declarado incompetente por un tribunal.

¡Importante!

Si considera que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir si quiere registrarse o presentar su solicitud de registro para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Junta Electoral:

NYS Board of Elections 40 North Pearl St, Suite 5

Albany, NY 12207-2729

Teléfono: 1-800-469-6872;

los usuarios deTDD/TTY deben comunicarse con el sistema de retransmisión del estado de Nueva York llamando al 711 o visitar nuestro sitio web: www.elections.ny.gov.

Su decisión de registrarse será confidencial y se utilizará exclusivamente para fines del registro de votantes. La decisión de toda persona de no registrarse para votar o la información sobre la oficina ante la cual se presentó la solicitud serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para los fines del registro de votantes.

Verificación de identidad

Intentaremos verificar su identidad antes del día de las elecciones, mediante el número del DMV (número de la licencia de conducir o número de identificación de no conductor), o los últimos cuatro dígitos de su número de Seguridad Social, que usted indicará en la casilla 9.

Si no tiene número del DMV o de Seguridad Social, puede usar una identificación válida con foto, una factura actual de servicios públicos, un estado de cuenta bancaria, un cheque de su sueldo, un cheque del gobierno o algún otro documento del gobierno que muestre su nombre y dirección. Con este formulario, puede incluir una copia de uno de esos documentos de identificación.

Si no podemos verificar su identidad antes del día de las elecciones, se le pedirá una identificación cuando vote por primera vez.

Para completar este formulario:

Es delito proporcionar un registro falso o dar información falsa a la Junta Electoral.

Casilla 9: debe marcar una opción. Si tiene alguna pregunta, consulte la sección de Verificación de identidad más arriba.

Casilla 10: si nunca ha votado, escriba "Ninguna". Si no recuerda cuándo votó por última vez, escriba un signo de interrogación "(?)". Si antes votó con un nombre diferente, escriba ese nombre. De lo contrario, escriba "El mismo".

Casilla 11: marque únicamente una casilla. La inscripción en un partido político es opcional, pero, para votar en la elección primaria de un partido político, el votante debe afiliarse a ese partido político, a menos que las reglas estatales del partido permitan lo contrario.
